

## FORMATO 2

# Científico Calificado

**Requerido para investigaciones que involucren participantes humanos, animales vertebrados, agentes biológicos potencialmente peligrosos y sustancias controladas por el DEA. Debe ser completado y firmado antes de empezar a experimentar**

Nombre del Científico Calificado: \_\_\_\_\_

Título del Proyecto: \_\_\_\_\_

**Para ser completado por el Científico Calificado:**

Nombre del Científico: \_\_\_\_\_

Formación Académica: \_\_\_\_\_

Doctorado (Área): \_\_\_\_\_

Experiencia/Entrenamiento relacionado con el área de investigación del estudiante:

\_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Email/Teléfono: \_\_\_\_\_

- 1) ¿Haz revisado todas las reglas relevantes del proyecto de Intel ISEF?  Sí  No
- 2) ¿El estudio involucra alguno de los siguientes?
  - a. Participantes Humanos  Sí  No
  - b. Animales Vertebrados  Sí  No
  - c. Agentes Biológicos Potencialmente Peligrosos (microorganismos, ADN y tejidos, incluyendo sangre y productos sanguíneos)  Sí  No
  - d. DEA-sustancias controladas  Sí  No
- 3) ¿Este estudio fue un subconjunto de un estudio más extenso?  Sí  No
- 4) ¿Va a supervisar directamente al estudiante?  Sí  No
  - a. En caso de haber respondido no, ¿Quién supervisará directamente y servirá como el Supervisor Designado? \_\_\_\_\_
  - b. Experiencia/Entrenamiento del Supervisor Designado: \_\_\_\_\_

**Para ser completado por el Científico Calificado:**

Certifico que he revisado y aprobado el Plan de Investigación antes de comenzar la experimentación. Si el estudiante o Supervisor Designado no está entrenado para los procedimientos necesarios, me aseguraré de su entrenamiento. Daré asesoramiento y supervisión durante la investigación. Tengo conocimiento de las técnicas que usará el estudiante en el Plan de Investigación. Entiendo que un Supervisor Designado es requerido cuando el estudiante no esté realizando experimentación bajo mi supervisión directa.

Nombre del Científico Calificado \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha de Aprobación \_\_\_\_\_

**Para ser completado por el Supervisor Designado cuando el Científico Calificado no pueda supervisar directamente:**

Certifico que he revisado el Plan de Estudios y he sido capacitado en las técnicas que usará el estudiante;

• ] ^ | ç ã æ . Á ã ^ & ç ã ^ } ç Á

Nombre del Supervisor Designado:

Firma \_\_\_\_\_

Fecha de Aprobación

Teléfono

Email